-Алжирская Народно-Демократическая Республика-

Вилайя: ……..……,

Государственное учреждение здравоохранения ближнего доступа: ……..

-Общий / Специальный Медицинский Сертификат-

Я, нижеподписавшийся(аяся), д-р ……., подтверждаю, что осмотрел(а) следующего(ую) кандидата(ку):

Фамилия и имя: ……

Дата и место рождения: …… в ……

Статус лица: Кандидат(ка) на ……..

Медицинский осмотр не выявил признаков следующих заболеваний:

- Инфекционные заболевания

- Раковые опухоли

- Физический паралич

- Серьёзные детские заболевания (если несовершеннолетний)

- Заболевания легких

- Легочный туберкулез

Следовательно, лицо признано медицински пригодным(ой).

Составлено в …… дата : ……..

Подпись врача и печать учреждения,